

# Het behandelen van internetverslaving met cognitieve gedragstherapie

Een thematische analyse van therapeutervaringen

Antonius van Rooij, Mieke Zinn, Tim Schoenmakers en Dike van de Mheen \*

In 2009 werd in Nederland een pilotprogramma gelanceerd voor de behandeling van internetverslaving. Het ging om een bestaand behandelprogramma (de Leefstijltraining), dat gebaseerd is op een combinatie van motiverende gespreksvoering en cognitieve gedragstherapie. In de huidige studie wordt het programma geëvalueerd met een kwalitatieve analyse van de ervaringen van vijf therapeuten die het programma toegepast hebben bij twaalf patiënten die zichzelf internetverslaafd vonden. De behandelaars rapporteren dat het programma, dat gewoonlijk gebruikt wordt voor de behandeling van middelen- en gokverslavingen, ook goed aansluit bij de problemen die deze 'internetverslaafden' hebben. De behandeling richtte zich vooral op het controleren en verminderen van het internetgebruik. Daarnaast werd er gefocust op het herkaderen van gedachten, de uitbreiding van (offline-)sociale contacten, het terugkrijgen van een dagelijkse structuur en het indelen van (vrije) tijd. Volgens de therapeuten werd er bij elk van de twaalf patiënten vooruitgang geboekt.

## Inleiding

Binnen de Nederlandse verslavingszorg neemt de interesse voor het behandelen van internetverslavingen toe. Uit een recent onderzoek onder tien grote verslavingszorginstellingen bleek dat, hoewel de pre-

\* Dr. A.J. van Rooij is onderzoeker bij het IVO Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen en Verslaving te Rotterdam. E-mail: rooij@ivo.nl.

Drs. M.F. Zinn is hoofd ontwikkeling van zorg en opleiding bij Brijder Verslavingszorg in Noord- en Zuid-Holland.

Dr. T.M. Schoenmakers is onderzoekskoördinator bij het IVO Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen en Verslaving te Rotterdam.

Prof. dr. D. van de Mheen is directeur onderzoek en onderwijs bij het IVO Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen en Verslaving te Rotterdam en bijzonder hoogleraar bij het Erasmus MC te Rotterdam en de Universiteit Maastricht.

ventie laag is, de kleine groep 'internetverslaafden' gestaag groeit (Meerkerk, Van Rooij, Amadmoestar & Schoenmakers, 2009). Vooral het gebrek aan zelfcontrole bij het bezoeken van pornosites en het spelen van online-videogames levert voor veel van deze patiënten problemen op. Behandelaars in de verslavingszorg zijn vaak niet gewend aan de specifieke behoeften en problemen van deze groep en er zijn nog geen 'evidence-based' therapieprotocollen beschikbaar. Binnen de verslavingszorginstellingen is er dus grote behoefte aan informatie, training en 'evidence-based' behandelopties met betrekking tot internetverslavingen.

Een internetverslaving kan worden beschouwd als 'een stoornis in de impulscontrole, met soortgelijke kenmerken als bij een middelenverslaving, maar zonder de specifieke symptomen hiervan' (Tao e.a., 2010, p. 557). Hoewel er nog geen consensus over de diagnose of klinische definitie is, wordt in het licht van de op handen zijnde nieuwe versie van de DSM(-5) het debat over internetverslaving nieuw leven ingeblazen (American Psychiatric Association, 2010; Block, 2008; American Association for the Advancement of Science, 2010; Tao e.a., 2010). Een belangrijke observatie hierbij is dat middelen- en andere typen verslavingen dezelfde neurologische substraten lijken te hebben (Brewer & Potenza, 2008; Potenza, 2006). Gezien het gegeven dat we hier wellicht met een nieuwe psychiatrische stoornis van doen hebben, zijn er verbazingwekkend weinig gedocumenteerde klinische interventies over internetverslaving te vinden in de literatuur.

In 2009 is Brijder Verslavingszorg, een van de grotere Nederlandse verslavingszorginstellingen, begonnen met een pilotprogramma waarin een bestaand programma (Leefstijltraining), gebaseerd op cognitieve gedragstherapie (CGT), gebruikt werd voor de behandeling van mensen met een (zelfgediagnosticeerde) internetverslaving. De behandeling bestond uit meerdere een-op-eensessies met de behandelaar, waarbij soms relevante anderen betrokken werden, en vond dus niet via internet plaats. In de huidige studie wordt deze pilot geëvalueerd door middel van een kwalitatieve analyse van de ervaringen van de therapeuten met het behandelprogramma. Hiermee dient deze studie als een beginpunt voor het bepalen van de kenmerken van een succesvolle behandeling van internetverslaving en draagt bij aan een beter begrip van het soort problemen dat dit soort patiënten ervaren (Tao e.a., 2010).

## Methode

### DEELNEMERS

In november 2008 ging de website Internetondercontrole.nl online. Van de lancering van de website werd in de Nederlandse media uitgebreid verslag gedaan. Naast informeren over en het reduceren van verslavingsgedrag had deze website als doel mensen die van zichzelf vonden dat ze een internetverslaving hadden te werven voor een proefbehandeling. Om mee te mogen doen aan de studie, moesten deelnemers aangeven een probleem te hebben met het onder controle houden van hun internetgebruik. De volgende exclusiecriteria werden gehanteerd: jonger dan achttien jaar, suïcidale neigingen of niet de geestelijke vermogens hebben om actief aan de therapie mee te doen. Op de website werd een korte zelftest voor internetverslaving aangeboden, gebaseerd op een schaal voor compulsief internetgebruik, de Compulsive Internet Use Scale (CIUS; Meerkerk, Van den Eijnden, Vermulst & Garretsen, 2009) en een link naar een intakeformulier voor degenen die geïnteresseerd waren in een behandeling. In een jaar tijd werd de online-zelftest door bijna tweeduizend personen ingevuld, wat laat zien dat een aanzienlijke groep geïnteresseerden (of hun families) de website heeft bezocht. Een relatief kleine groep van zeventien personen vulde het intakeformulier in voor het gratis behandelprogramma. Van hen startten er uiteindelijk twaalf met het behandelprogramma.

Elke patiënt werd toegewezen aan een van de vijf deelnemende therapeuten (een mannelijke en een vrouwelijke junior-psycholoog, twee vrouwelijke sociaal werkers ofwel counselors en een vrouwelijke senior-klinisch psycholoog/psychotherapeut). Alle behandelaars hadden meerdere jaren ervaring met de behandeling van verslavingsproblematiek met de Leefstijltraining (zie 'Behandeling'). Ook hadden ze allen de verplichte cursussen in CGT en motiverende gespreksvoering (MGV) afgerond. Daarnaast stonden ze onder supervisie van een gekwalificeerde senior-therapeut.

### BEHANDELING: EEN HANDLEIDING GEBASEERD OP CGT

In de huidige studie is gebruik gemaakt van het standaardbehandelprogramma uit de Leefstijltraining (voor de handleiding zie De Wildt, 2000, 2010, p. 50; Oudejans, 2009, p. 45). Deze vorm van therapie combineert CGT en MGV (Miller & Rollnick, 2002; Rollnick & Allison, 2004) en heeft als doel de motivatie om te veranderen te vergroten. Ook het kiezen van een behandelgoal, het vergroten van de zelfcontrole, terugvalpreventie en verschillende coping-vaardigheden komen aan

de orde (Marlatt & Donovan, 2005; Monti, 2002). Het programma bestaat uit tien ambulante sessies, waarvan er zeven bij voorkeur in een periode van tien weken plaatsvinden en de andere drie sessies - indien nodig - binnen een periode van drie maanden.

Voor iedere sessie staan er in de behandelhandleiding (De Wildt, 2000) aanbevelingen voor interventies en huiswerk. De sessies volgen een vast patroon: introductie, evaluatie van de huidige status, het huiswerk bespreken, het thema van de dag uitleggen, het oefenen van een vaardigheid, afspreken van huiswerk voor de volgende sessie, waarna de sessie wordt afgesloten. De verschillende interventies per sessie zijn samengevat in tabel 1.

**Tabel 1. Overzicht van de toegepaste technieken per sessie van het Leefstijltraining-programma.**

1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Introductie en elkaar leren kennen</li> <li>• Introductie van huiswerk</li> <li>• Voor de tweede sessie: in een dagboek het vóórkomen van het probleemgedrag noteren en het tegenover elkaar zetten van de voor- en nadelen hiervan</li> </ul>
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bepalen van behandeldoelen, gebaseerd op het huiswerk</li> <li>• De patiënt mag iemand uitnodigen voor de derde sessie ter ondersteuning</li> </ul>
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Functionele analyse (FA) van het gedrag</li> <li>• Het huiswerk bestaat uit het afmaken van de FA en het voortzetten van het dagboek</li> </ul>
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trek of 'craving' (het verlangen om te gebruiken)</li> <li>• Bespreken en trainen van meerdere cognitieve en gedragstechnieken gericht op het omgaan met craving</li> <li>• Het huiswerk bestaat uit het observeren van (on)succesvolle ervaringen in het toepassen van deze technieken.</li> </ul>
5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sociale druk om te gebruiken</li> <li>• Bespreken van vaardigheden om te weigeren en deze oefenen in rollenspelen</li> <li>• Het huiswerk bestaat uit het oefenen van deze vaardigheid</li> </ul>
6	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Omgaan met terugval en de ontwikkeling van een noodplan</li> <li>• Het huiswerk bestaat uit het afronden van het noodplan en opnieuw iemand uitnodigen voor de volgende (evaluatie)sessie</li> </ul>
7	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluatie van de behandeldoelen, bij voorkeur in gezelschap van een voor de patiënt belangrijk persoon</li> </ul>
8, 9, 10	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Optionele thema's, zoals het managen van vrije tijd, omgaan met groepsdruk, het sociale netwerk en sociale vaardigheden verbeteren, leren te ontspannen, omgaan met een depressieve stemming of boosheid, vaardigheden om problemen op te lossen</li> </ul>

#### PROCEDURE

De data werden gedurende het behandelproces op drie momenten verzameld. Voorafgaand aan de behandeling vulden patiënten een aanmeldingsformulier in en, na toelating tot de behandeling, tevens een intakevragenlijst. Gedurende de behandeling schreven de thera-

peuten uitgebreide, semigestructureerde verslagen van iedere sessie. Daarnaast werd er halverwege de behandeling voor alle therapeuten en onderzoekers een meeting georganiseerd om de casussen te bespreken. Na afronding van de behandeling vulden de patiënten een exitvragenlijst in en werd er opnieuw een meeting georganiseerd voor het bespreken van de casussen. Hoewel de patiënten zelf ook data aanleverden, zijn de verslagen van de therapeuten en de notulen van de twee meetings als belangrijkste databronnen gebruikt.

#### DATABRONNEN

- *Sessieverslagen.* De behandelaars schreven een verslag van iedere sessie, aan de hand van een semigestructureerd format dat door de onderzoekers was verstrekt. Hierin kwamen het thema van de sessie, doelen, interventies, behaalde resultaten, geplande acties voor de volgende sessies, de focus voor de volgende sessie en ideeën voor verbetering aan de orde. Ook werd gevraagd of de Leefstijltraining, ontwikkeld voor andere verslavingen, bij de specifieke internetgerelateerde problemen van de patiënt paste.
- *Notulen van de evaluatiemeetings.* Tijdens de twee evaluatiemeetings werden alle deelnemende patiënten geëvalueerd en werd besproken of de therapie paste bij de problematiek. De onderzoekers schreven gedetailleerde notulen, die werden gecheckt door de senior-therapeut.
- *Vragenlijsten.* De mate van internetverslaving werd gemeten aan de hand van de CIUS. De tijd die iemand online was werd in kaart gebracht met de vraag: ‘Hoeveel uur per dag gebruik je het internet in een normale week?’ Zelfvertrouwen wat betreft het voorkómen van terugval werd gemeten met een aangepaste versie van de Brief Situational Confidence Questionnaire (BSCQ; Breslin, Sobell, Sobell & Agrawal, 2000).

#### DATA-ANALYSE

De kwalitatieve, geschreven data (sessieverslagen, notulen van de meetings en de kwalitatieve delen van de intake- en exitvragenlijsten) werd verwerkt en gestructureerd met QSR NVivo-software voor kwalitatieve analyses. Kwantitatieve gegevens (vragenlijsten) werden ingevoerd in PASW 17. Aangezien het doel van de huidige studie niet bestond uit het formuleren van een nieuwe theorie maar uit het beschrijven van de verzamelde informatie op een toegankelijke manier, werd er een thematische analyse uitgevoerd (Braun & Clarke, 2006; Hussain & Griffiths, 2009).

**Tabel 2. Overzicht van deelnemers aan de pilotbehandeling.**

Alias ***	Geslacht	Leeftijd	Probleemgedrag	Sessierapporten	Behandeling
James	man	49	online-erotica	7	afgemaakt
Robert	man	27	forums en profielsites	8	afgemaakt
William	man	27	sociale netwerken	10	afgemaakt
Joseph	man	22	online-erotica	6	afgemaakt
Lex	man	20	surfen op het web	8	afgemaakt
Mark	man	47	surfen, forums	17	afgemaakt
Richard	man	62	online-erotica	8	afgemaakt
Jane	vrouw	27	online-communicatie	5	afgemaakt
Luke	man	38	bloggen, porno/erotica	4	veranderd
David	man	37	online-games	8	afgebroken
Jeff	man	28	sociale netwerken	8	afgebroken
Steven	man	25	bloggen	2	afgebroken

\* Scores op de CIUS geven de frequentie van ervaren specifieke klachten weer (1 = nooit; 5 = heel vaak). Hier is de gemiddelde score van alle veertien items gerapporteerd, zoals aanbevolen door Meerkerk e.a. (2009)

\*\* Scores op the BSCQ variëren van 1 tot 10. Hier zijn de gemiddelde scores gerapporteerd.

\*\*\* Alle namen zijn gefingeerd.

## Resultaten

De thematische analyse leverde twee hoofdthema's op: de patiëntobservaties over internetverslaving (gerapporteerd door de therapeuten en aangevuld vanuit de vragenlijsten die de patiënten invulden) en de ervaring van de therapeuten met de uitvoering van de behandeling. De patiëntobservaties komen hier slechts kort aan bod; voor een uitgebreidere beschrijving zie Van Rooij e.a. (2012). In de huidige studie wordt het tweede hoofdthema belicht, dat gaat over de ervaringen van de therapeuten met de behandeling. Hiervoor worden de kerncomponenten van de Leefstijltraining behandeld als subthema's, met als toevoeging de bespreking van de complete behandelresultaten.

### Patiëntobservaties: samenvatting van zelfgerapporteerde patiëntgegevens en therapeutverslagen

Tabel 2 geeft een overzicht van de gegevens van de verschillende deelnemers aan de therapie. Er ontbreken enige exitdata omdat vijf van de twaalf patiënten de behandeling niet volledig hebben afgemaakt. Twee patiënten stopten omdat ze problemen hadden die buiten de behande-

Internetverslaving (CIUS)*		Situationeel zelfvertrouwen (BSCQ)**		Internetgebruik afgelopen week			
				Dagen		Uren	
Intake	Exit	Intake	Exit	Intake	Exit	Intake	Exit
3,9	3,3	6,0	8,0	7,0	5,0	2,9	2,8
3,7	2,2	5,0	7,0	7,0	7,0	3,1	0,9
3,6	2,0	4,5	8,1	6,0	2,0	1,8	0,5
3,4	2,7	3,6	6,9	6,0	6,0	1,0	1,9
3,4	2,2	4,3	9,0	7,0	4,0	6,3	0,9
3,1	2,6	6,8	9,4	6,0	7,0	2,1	1,3
3,1	2,6	5,5	8,9	5,0	2,0	0,9	0,3
3,9		6,3		7,0		4,3	
4,1		4,6		7,0		2,9	
4,0		7,0		7,0		4,5	
2,8		8,9		7,0		2,4	
3,8		4,9		7,0		5,0	

ling vielen (relatieproblemen, zware depressie) en er zijn drie patiënten voortijdig gestopt uit eigen wil na het boeken van enige voortgang (volgens de therapeuten). Om privacy te garanderen, kregen alle patiënten een alias en een uniek identificatienummer. Vanwege de steekproefgrootte werden er geen statistische toetsen uitgevoerd; de resultaten dienen als een indicator voor de individuele mate van verandering. Het probleemgedrag had betrekking op veel verschillende internettoepassingen, zoals websurfen, bloggen, het gebruik van online-erotica, spelen van online-games of het bezoeken van forums. Om de verschillende problemen die patiënten ervoeren te illustreren, worden er drie korte casusbeschrijvingen gepresenteerd.

Bijna zonder uitzondering hadden de patiënten last van comorbide psychologische en psychiatrische problemen, zoals angst, compulsief gedrag, depressieve symptomen, aandacht- en concentratieproblemen, middelengebruik of een gebrek aan zelfvertrouwen. In sommige gevallen waren de klachten dusdanig ernstig dat vermoedens omtrent een klinische diagnose gerechtvaardigd waren. Hoewel het internetgebruik soms als positief werd ervaren, waren de (langetermijn)consequenties van het gebruik voor deze patiënten veelal negatief. Patiënten brachten extreem veel tijd door op het internet of besteedden te veel geld op internet. In sommige gevallen verwaarloosden patiënten zich-

zelf, presteerden ze veel minder in de ‘echte’ wereld, hadden ze problemen met (offline-)sociale relaties of ervaarden ze psychologische problemen als gevolg van het internetgebruik.

#### JANE

Voor Jane begint het probleemgedrag als ze thuiskomt na haar deeltijd baan en ze meteen haar computer aanzet. Het avondeten bestaat meestal uit een kant-en-klaarmaaltijd of junkfood. Jane’s grootste probleem is Windows Live Messenger (MSN Messenger; een chatprogramma). Ze heeft contact met een grote groep mensen, van wie ze de meesten heeft ontmoet in chatboxes. Toen ze nog bij haar ouders woonde chatte ze al veel, via chatboxes op televisie. Omdat de rekeningen hoog opliepen, ontzegden haar ouders haar de toegang tot internet. Toen internetten voor een vast tarief zijn intrede deed begon Jane weer met chatten, gedurende meerdere uren per dag. Ze heeft geen offline-vrienden en wil die ook niet. Ze houdt van de afstand van online-contact: als ze geen zin heeft om te antwoorden, hoeft dat ook niet. Jane spendeert de meeste tijd tussen 20.00 en 1.00 uur achter de computer.

#### JOSEPH

Voor Joseph lijkt zijn gedrag een voortzetting van zijn levenslange problemen om seksueel gedrag te reguleren. Hij begon met het bellen van sekslijnen toen hij dertien was en werd betrapt door zijn ouders. Later ging hij het internet gebruiken om sekssites te bezoeken. Eerst gratis sites, later ook betaalde (via creditcards en telefoonverbindingen). Op dit moment bezoekt hij sekssites op het toilet op zijn werk (met een mobiele telefoon). Hij heeft verschillende vriendinnen van zich vervreemd, toen hij hun vroeg seksuele handelingen te doen voor de webcam.

#### DAVID

David begon met computeren toen hij elf was. Hij is altijd geïnteresseerd geweest in het maken en verbeteren van computers. Eerst gebruikte hij de computer alleen voor tekstverwerking, het sturen van e-mails en het spelen van spelletjes. Vervolgens begon hij met het spelen van online-schietspellen (‘first person shooters’), zoals Gears of War, Left for Death en Crysis. Vooral spellen waarin met meer spelers samen wordt gespeeld, zijn ‘erg verleidelijk’ voor David. Hij gaat steeds eerder eten, zodat hij meer tijd achter de computer kan doorbrengen. Hij eet achter de computer en uiteindelijk beïnvloedt het online-gamen ook zijn slaapritme.



## Perspectief van de therapeut op de uitvoering van de behandeling

### BEGINPUNT BEPALEN

*Monitoren van het internetgebruik lijkt te werken.* Er werden drie technieken gebruikt om een beginpunt voor de behandeling vast te stellen (zie tabel 1), maar niet alle technieken lijken even effectief als het gaat om de behandeling van internetverslaving. Om te beginnen zijn therapeuten verdeeld over de bruikbaarheid van de oefening waarin de voor- en nadelen van het probleemgedrag tegenover elkaar gezet worden, omdat dit het beste werkt voor mensen die zich nog bezinnen op verandering, en de meeste mensen in de behandeling al gemotiveerd zijn om te veranderen. Anderzijds lijkt het heilzaam in een oefening de negatieve (langetermijn)consequenties van het gedrag wel uit te schrijven, omdat deze in een gesprek makkelijker gebagatelliseerd kunnen worden dan wanneer ze op papier staan. Vanuit dat perspectief kan het een belangrijk beginpunt zijn voor motiverende gespreksvaardigheden.

Het monitoren van het internetgebruik is een andere belangrijke techniek en een voortdurend onderdeel van het behandelproces. Dit dient twee doelen: de patiënt krijgt meer inzicht in zijn internetgedrag en het geeft de progressie (of het gebrek daaraan) weer. Alle patiënten hielden dus een dagboek bij om hun internetgebruik te monitoren tijdens de behandeling. De behandelaars geven aan dat monitoren effectief is in het behandelen van internetverslaving.

Ten derde kunnen met functionele analyse (FA) risicofactoren voor het gedrag geïdentificeerd worden. De therapeuten beschouwen ook de FA-techniek als bruikbaar met betrekking tot internetverslaving. Desalniettemin geven ze aan dat het verloop van het probleemgedrag ook weergegeven kan worden zonder het volledige FA-formulier, waarvan het invullen veel tijd kost, omdat risicofactoren en consequenties sowieso besproken worden aan het begin van de behandeling.

### DOELEN STELLEN VOOR DE BEHANDELING

*Controle terugkrijgen, gebruik verminderen en het invullen van vrije tijd.* Alle patiënten deelden hetzelfde globale doel: terugkrijgen van de controle over hun internetgebruik. Voor de meeste deelnemers is internetgebruik een gewoonte geworden die veel vrije tijd (en voor een patiënt ook werktijd) opslokt en andere negatieve effecten heeft. Het belangrijkste doel voor de meesten was dus het verminderen van de tijd die besteed wordt aan hun favoriete internettoepassing. Een lastig punt voor de therapeuten wat betreft het stellen van doelen was de mate van abstinentie versus gecontroleerd gebruik. Omdat het internet een

noodzakelijke component van het dagelijks leven is, richtten de meeste patiënten zich niet zozeer op totale onthouding van het internet in zijn geheel, maar meer op een vermindering van het gebruik of op abstinentie van alleen hun favoriete internettoepassing.

Als patiënten succesvol zijn in het terugbrengen van de tijd die ze op het internet doorbrengen, komt er veel extra vrije tijd beschikbaar, wat leidt tot het tweede behandeldoel: leren (vrije) tijd naar tevredenheid door te brengen en te structureren, om verveling en terugval te voorkomen. Dit houdt in dat er nieuwe activiteiten moeten worden gevonden die niets met het internet te maken hebben (zoals danslessen, opnieuw gaan sporten) en die helpen bij het tegengaan van eenzaamheid en andere consequenties van een internetverslaving. Voor sommige patiënten betekende dit ook dat ze hun sociale vaardigheden moesten verbeteren, om te kunnen omgaan met nieuwe sociale ontmoetingen en contacten.

Voor sommige patiënten was het problematische internetgebruik secundair aan andere problemen. In deze gevallen werden alternatieve doelen gesteld door de therapeut. Voorbeelden zijn Richard die minder geld wilde besteden aan sekssites en James die spanningen in zijn relatie had. In de praktijk betekende dit dat bij sommige patiënten de therapie omschakelde van de behandeling van problematisch internetgebruik naar bijvoorbeeld relatietherapie.

#### PLANNEN VAN VERANDERING

Patiënten zijn inventief in zelfcontrole, maar totale onthouding is onwenselijk. Volgens de behandelaars zijn de patiënten inventief in het verzinnen van manieren om hun internetgedrag onder controle te krijgen. Voorbeelden zijn:

- voordat je de computer aanzet besluiten wat je ermee gaat doen;
- automatische e-mailnotificaties verwijderen, e-mails in groepen verdelen en irrelevante e-mails niet beantwoorden;
- een ‘niet storen’-bericht op sociale netwerksites zetten;
- een laptop in plaats van een computer gebruiken (is minder comfortabel);
- creditcards blokkeren;
- met een stopwatch bijhouden hoeveel tijd je aan het probleemgedrag besteedt.

Eén patiënt verwijderde de stroomkabel van de computer en gaf deze aan zijn vriendin. Desalniettemin leek de beste interventie voor de meeste patiënten simpelweg het monitoren van het gebruik.

Een interessante benadering die door sommige therapeuten werd gebruikt was het invoeren van een internetvrije dag. Op deze manier kon de patiënt wennen aan het idee vrije tijd in te vullen met andere activiteiten dan internetgebruik. Helaas waren de patiënten minder blij met deze aanpak (wat heel goed symptomatisch kan zijn voor de problematiek) en weigerden twee patiënten zelfs om dit te proberen. De therapeuten geven aan dat de meeste patiënten zichzelf overschatten bij het stellen van doelen. Deze blijken vaak onbereikbaar en moeten dus gedurende de behandeling worden aangepast. De belangrijkste oorzaak hiervoor is dat internetgebruik in het dagelijks leven noodzakelijk is dan patiënten in eerste instantie aannemen.

#### TERUGVALPREVENTIE

Veel overeenkomsten met middelenverslavingen. Zoals bij alle verslavingen, moet er rekening worden gehouden met terugval. Die vond inderdaad plaats. Hoewel gecontroleerd gebruik het doel is, is dit in de praktijk vaak moeilijker te bereiken dan totale onthouding. De therapeuten gingen met terugval om door uit te leggen dat dit vaker voorkomt en door de situatie waarin de terugval plaatsvond te analyseren (Marlatt & Donovan, 2005). Depressieve gevoelens, alleen zijn, weinig dagstructuur en vermoeidheid lijken risicofactoren voor terugval. Het is interessant dat het probleemgebruik zich vaak verplaatste naar andere computer- en internettoepassingen. Jeff bijvoorbeeld ging veel meer e-mailen nadat hij was gestopt met sociale netwerksites en Mark begon, nadat zijn internet was afgesloten, in Word te schrijven over zaken die niet werkgerelateerd waren.

Het sterke verlangen om te gebruiken ('craving') wordt door de therapeuten vaak genoteerd en lijkt op craving in reguliere verslavingen. Er zijn verschillende technieken toegepast om terugval na craving te voorkomen:

- afleiding zoeken (inclusief het huis verlaten);
- een wekker om het gebruik te meten;
- niet automatisch de webcam samen met de computer opstarten.

De meest extreme en vrij succesvolle techniek was het verwijderen van de computer (of het afsluiten van internet). Het is van belang om op te merken dat deze technieken de patiënt ondersteunen bij het veranderen van het gedrag, zonder de onderliggende problemen op te lossen (zoals een gebrek aan alternatieve tijdsbestedingen). Deze technieken zijn op zichzelf dus niet voldoende als behandeling.

## BEHANDELING

De therapeuten waarden het programma, maar er is behoefte aan meer patiënt-evaluaties. De behandeling duurde vijf tot tien sessies. Sessies in de Leefstijltraining duren 45 minuten. Eén patiënt doorliep zeventien sessies, omdat het internet op zijn werk eerst was afgesloten en later weer werd hersteld, wat extra begeleiding vergde. De senior-therapeut suggereerde dat indien er meer patiëntevaluaties waren geweest, deze patiënt getest zou zijn op een obsessieve-compulsieve gedragsstoornis en waarschijnlijk zou zijn doorverwezen naar een specialist om deze te behandelen. Gezien de verscheidenheid aan problemen die de patiënten hadden, lijken regelmatige patiëntevaluaties nodig, vooral voor behandelaars die geen psycholoog zijn.

Door de therapeuten werd opgemerkt dat de noodzaak van de optionele sessies (7-10) verschilde tussen patiënten: voor sommigen waren ze nuttig, voor anderen niet zo. Sommige onderwerpen in deze sessies kwamen al eerder in de therapie aan bod: het uitbreiden van het sociale netwerk en het omgaan met vrije tijd waren belangrijke onderwerpen. Daarnaast hadden de therapeuten een uitgebreidere introductie-sessie gewild. Op deze manier kunnen therapeut en patiënt elkaar beter leren kennen en kunnen de internetactiviteiten en het probleemgedrag gedetailleerder in kaart worden gebracht. Omdat de intake gedeeltelijk via het internet gebeurde, zagen therapeut en patiënt elkaar voor het eerst in de eerste sessie. Een aparte 'face to face'-intake-sessie zou volgens de therapeuten waardevol zijn om de introductie te scheiden van de eerste behandeling.

## Discussie

Volgens de behandelaars past de combinatie van MGV en CGT uit de Leefstijltraining - die normaliter wordt ingezet voor gok- en middelenverslaving - goed bij het behandelen van een internetverslaving. De interventie richtte zich op het controleren en verminderen van het internetgebruik, het uitbreiden van offline-sociale contacten, het terugbrengen van een dagstructuur, het constructief invullen van vrije tijd en het herkaderen van gedachten. De therapeuten gaven aan dat de behandeling voor alle twaalf patiënten tot een zekere mate van vooruitgang had geleid.

De twaalf patiënten die zich vrijwillig opgaven voor de pilotbehandeling leden allen aan een 'internetverslaving', dat wil zeggen, ze gaven zelf aan dat ze hun internetgebruik niet meer onder controle hadden. Desalniettemin was de patiëntengroep erg divers. Het problematische internetgebruik besloeg veel verschillende toepassingen, variërend van erotica tot bloggen. De meeste patiënten hadden bovendien comor-

bide psychologische problemen die vaak gerelateerd waren aan het internetgebruik. Het valt ook op dat blijkbaar slechts een klein deel van de websitebezoekers van Internetondercontrole.nl behoefte hebben aan behandeling (17 van de 2.000). Over de oorzaak kunnen we slechts speculeren zonder data, maar mogelijk is problematisch internetgebruik iets waarvoor men niet zo snel professionele hulp zoekt. Verschillende componenten uit de Leefstijltraining lijken effectief voor de behandeling van internetverslaving. Het monitoren van het internetgebruik door middel van een dagboek was zeer nuttig bij het bepalen van een beginpunt voor de therapie en gaf patiënten een realistisch idee van de hoeveelheid tijd (en geld) die ze online spendeerden. Daarnaast waren patiënten inventief in het bedenken van manieren om hun eigen gebruik te controleren. Deze inventiviteit pleit ook voor het verkennen van lotgenotencontact in toekomstige behandelingen. Deze manieren zouden ook anderen kunnen helpen in toekomstige behandelingen. Oefeningen gericht op het vinden van alternatieve vrijetijdsbestedingen en het uitbreiden van het sociale netwerk waren van groot belang. Maar ook bestaande technieken om terugval te voorkomen (zoals het structureren van de vrije tijd) leken goed te werken. Sommige onderdelen van de therapie zouden aangepast kunnen worden. Het is niet duidelijk of alle tien de sessies nodig zijn voor het behandelen van de verslaving. Sommige therapeuten rapporteerden dat de meest nuttige onderdelen van de laatste drie sessies (uitbreiden sociale netwerk, omgaan met vrije tijd) bij deze problematiek al eerder in de behandeling aan bod komen. Daarnaast is het voor de behandelers belangrijk om bij de tijd te blijven wat betreft technologie en specifieke internettoepassingen, omdat dit helpt bij het creëren van een vertrouwens- en begripbasis met de patiënt. Wat betreft het stellen van doelen moedigden sommige therapeuten onthouding aan (ook al was het maar voor een dag per week), tot ongenoegen van de meeste patiënten. Het opbouwen van offline-contacten en activiteiten, terwijl er tegelijkertijd gewerkt wordt aan het behandelen van de internetproblemen, is dus cruciaal. Een complicerende factor hierbij is het feit dat internet noodzakelijk is in het dagelijks leven. Dit betekent dat totale onthouding geen optie is, terwijl gecontroleerd gebruik moeilijk is. De resultaten passen bij een recentelijk gepubliceerde studie waarin een CGT-benadering succesvol was in het behandelen van een internetverslaving (Du e.a., 2010). Ook Caplans theorie (2003), waarin hij stelt dat depressieve en eenzame personen online-sociale interacties prefereren boven 'face to face'-ontmoetingen - wat weer leidt tot negatieve gevolgen - komt overeen met de problematiek van een aantal patiënten (o.a. Jane). Gezien de diversiteit van de patiëntgroep en de

relatief hoge mate van comorbide psychologische pathologie, kunnen we ons afvragen of we niet te maken hebben met een cluster aan problemen, dat een internetverslaving wordt genoemd omdat het internet simpelweg op dit moment het belangrijkste medium is. Ook Wood (2008) merkte op dat de klachten en symptomen van de meeste patiënten met een verslaving aan videogames verklaard konden worden door andere, onderliggende pathologieën.

De huidige studie heeft verschillende beperkingen. De eerste en belangrijkste is dat de studie zich richt op het proces van de behandeling en niet op het effect. Verder onderzoek zou behandel-effecten moeten onderzoeken. Ten tweede waren zowel patiënten als therapeuten sterk gemotiveerd om deel te nemen aan de huidige studie. Wanneer de behandeling alledaagser wordt, zou dit initiële enthousiasme kunnen afnemen, wat het behandelproces kan beïnvloeden. Ten derde identificeren patiënten zichzelf als internetverslaafd, waarmee er een gemengde groep problematische internetgebruikers tot stand komt. Het richten op één problematische applicatie (zoals gamen of social-media-gebruik) en het toepassen van een definitie van internetverslaving uit de literatuur (zoals de DSM-5, 'internet use disorder') is een aanbeveling voor toekomstig onderzoek. Ten slotte kan de observatie het geobserveerde beïnvloeden: zowel patiënten als therapeuten waren zich bewust van de evaluatie van de studie. Verschillende extra handelingen moesten door de therapeut (sessierapporten) en de patiënt (extra vragenlijsten) worden uitgevoerd, wat een effect kan hebben gehad omdat beiden hierdoor meer nadenken over hun gedrag. Concluderend zijn therapeuten het erover eens dat een standaardbehandelprogramma gebaseerd op MGV en CGT, zoals de Leefstijltraining, geschikt is om internetverslaving te behandelen. Patiënten rapporteerden na de behandeling minder symptomen van internetverslaving, een toegenomen controle over het probleemgedrag en minder tijd die online werd doorgebracht (zie Van Rooij e.a., 2012). Gezien de positieve eerste indruk van deze interventie zou toekomstig onderzoek zich moeten richten op het uitvoeren van dit type behandeling in een grotere streekproef en een beter gecontroleerde setting ('randomized controlled trial'), wellicht in vergelijking met andere behandelopties. Dit zou informatie opleveren over de meetbare effecten van de behandeling, wat nodig is om een behandelprogramma breder te kunnen implementeren.

## DANKWOORD

Dit artikel is gebaseerd op Van Rooij, A.J., Zinn, M.F., Schoenmakers, T.M. & Mheen, D. (2012). Treating internet addiction with cognitive-behavioral therapy: a thematic analysis of the experiences of therapists. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 10, 69-82, DOI 10.1007/s11469-010-9295-0. Dank gaat uit naar de Stichting Volksbond Rotterdam voor de financiële steun van dit project. De therapeuten worden bedankt voor hun bijdrage aan het project op bijeenkomsten.

## Literatuur

- American Association for the Advancement of Science (2010). Psychiatry. DSM-V at a glance. *Science*, 327, 770-b. DOI 10.1126/science.327.5967.770-b.
- American Psychiatric Association (2010). Substance-related disorders. American Psychiatric Association - DSM-5 Development. Internet: [www.dsm5.org/proposedrevisions/pages/substance-relateddisorders.aspx](http://www.dsm5.org/proposedrevisions/pages/substance-relateddisorders.aspx) (10-02-2010).
- Block, J.J. (2008). Issues for DSM-V: Internet addiction. *American Journal of Psychiatry*, 165, 306-307.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77-101, DOI 10.1191/1478088706qp0630a.
- Breslin, F.C., Sobell, L.C., Sobell, M.B. & Agrawal, S. (2000). A comparison of a brief and long version of the Situational Confidence Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 1211-1220, DOI 10.1016/S0005-7967(99)00152-7.
- Brewer, J.A. & Potenza, M.N. (2008). The neurobiology and genetics of impulse control disorders: Relationships to drug addictions. *Biochemical Pharmacology*, 75, 63-75.
- Caplan, S.E. (2003). Preference for online social interaction: a theory of problematic internet use and psychosocial well-being. *Communication Research*, 30, 625-648, DOI 10.1177/0093650203257842.
- De Wildt, W. (2000). *Leefstijltraining 2. Handleiding voor de trainer*. Nijmegen: Cure & Care.
- De Wildt, W. (2010). *Alcohol dependence: treatment effectiveness and the concept of craving*. Amsterdam: University of Amsterdam.
- Du, Y., Jiang, W. & Vance, A. (2010). Longer term effect of randomized, controlled group cognitive behavioural therapy for internet addiction in adolescent students in Shanghai. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44, 129-134.
- Hussain, Z. & Griffiths, M.D. (2009). The attitudes, feelings, and experiences of online gamers: a qualitative analysis. *CyberPsychology and Behavior*, 12, 747-757, DOI 10.1089/cpb.2009.0059.
- Marlatt, G.A. & Donovan, D.M. (2005). *Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press.
- Meerkerk, G.J., Eijnden, R.J.J.M. van den, Vermulst, A.A. & Garretsen, H.F.L. (2009). The Compulsive Internet Use Scale (CIUS): some psychometric properties. *CyberPsychology and Behavior*, 12, 1-6, DOI 10.1089/cpb.2008.0181.
- Meerkerk, G.J., Rooij, A.J. van, Amadmoestar, S.S. & Schoenmakers, T.M. (2009).

- Nieuwe verslavingen in zicht. Een inventariserend onderzoek naar aard en omvang van 'nieuwe verslavingen' in Nederland (IVO Reeks 63; <http://bit.ly/98vABT>). Rotterdam: IVO.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: preparing people for change* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Monti, P.M. (2002). *Treating alcohol dependence: a coping skills training guide*. New York: Guilford Press.
- Oudejans, S. (2009). Routine outcome monitoring and learning organizations in substance abuse treatment. Amsterdam: Universiteit of Amsterdam.
- Potenza, M.N. (2006). Should addictive disorders include non-substance-related conditions? *Addiction*, 101, 142-151.
- Rollnick, S. & Allison, J. (2004). Motivational interviewing. In N. Heather & T. Stockwell (Eds.), *The essential handbook of treatment and prevention of alcohol problems* (pp. 105-116). West Sussex, England: John Wiley & Sons, Ltd.
- Rooij, A.J. van, Zinn, M., Schoenmakers, T.M. & Mheen, D. van de (2012). Treating internet addiction with cognitive-behavioral therapy: a thematic analysis of the experiences of therapists. *International Journal of Mental Health Addiction*, 10, 69-82.
- Tao, R., Huang, X., Wang, J., Zhang, H., Zhang, Y. & Li, M. (2010). Proposed diagnostic criteria for internet addiction. *Addiction*, 105, 556-564, DOI 10.1111/j.1360-0443.2009.02828.x.
- Wood, R. (2008). Problems with the concept of video game 'Addiction': some case study examples. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 6, 169-178.